

『小規模多機能型居宅介護』

株式会社 メディカルライフサポート
小規模多機能ホーム のどか

重 要 事 項 説 明 書

当事業所は、介護保険の指定を受けています。
(佐世保市指定 第4290201153号)

当事業所は、ご契約者に対して小規模多機能型居宅介護サービスを提供致します。
事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次のとおり説明致します。

★ 目 次 ★

1. 事業者について	8
2. 事業所の概要について	8
3. 事業実施地域及び営業時間について	9
4. 職員の配置状況及び勤務体制について	9
5. 提供するサービスの内容と利用料金について	10～14
6. 苦情の受付について	14～15
7. 運営推進会議について	15
8. 協力医療機関及びバックアップ施設について	16
9. 事故発生時の対応について	16
10. 非常災害対策について	16
11. 感染対策強化について	17
12. 業務継続計画（BCP）について	17
13. 高齢者虐待防止について	17
14. 身体拘束適正化の推進について	17
15. サービス利用にあたっての留意事項について	17

1. 事業者について

- (1) 法人名 株式会社 メディカルライフサポート
(2) 法人所在地 長崎県佐世保市上本山町975-1
(3) 電話番号 0956-40-8487
FAX番号 0956-40-8491
(4) 代表者名 代表取締役 肥後美樹子
(5) 設立年月日 平成19年3月28日

2. 事業所の概要について

- (1) 事業所の種類 指定小規模多機能型居宅介護事業所
指定予防小規模多機能型居宅介護事業所
平成27年4月1日指定 佐世保市 4290201153号
- (2) 事業所の目的
住み慣れた地域で生活するために、介護保険法の理念に基づき、要介護及び要支援状態にある者
(以下「利用者」という)に対して、自宅で可能な限り暮らし続けられるような生活支援を目的とし、
通い、訪問、宿泊サービスを柔軟に組み合わせてサービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 小規模多機能ホーム のどか
- (4) 事業所の所在地 長崎県佐世保市牧の地町1490-1
- (5) 電話番号 0956-59-6180
FAX番号 0956-40-5111
- (6) 管理者氏名 管理者 松原祐樹
- (7) 事業所の運営方針
ご利用者様の人権と個性を尊重し、住み慣れた地域での生活を継続する事ができるよう、地域住民
との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を
踏まえて、通い、訪問、宿泊サービスを柔軟に組み合わせる事により、地域での暮らしを支援します。
- (8) 開設年月日 平成27年4月1日
- (9) 登録定員 29名(通いサービス定員15名、宿泊サービス定員5名)
- (10) 居室等の概要 当事業所では、以下の居室、設備をご用意しております。
宿泊サービスを利用される居室は個室となっております。

居室・設備の種類	備 考
宿泊室	全室個室(電動ベッド、エアコン完備)5部屋
食 堂	57.639 m ²
台 所	14.596 m ²
浴 室	一般浴室
消防設備	自動火災報知機 非常通報装置 ガス漏れ探知機 非常用照明 スプリンクラー 誘導灯 消火器

* 上記は、厚生労働省が定める基準により指定小規模多機能型居宅介護事業所に必置が義務付けられている施設設備です。

3. 事業実施地域及び営業時間について

(1) 通常の事業の実施地域 佐世保市（宇久町を除く）の区域

(2) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
通いサービス	月曜日から日曜日（基本時間） 6：00～21：00
訪問サービス	月曜日から日曜日（基本時間） 24時間
宿泊サービス	月曜日から日曜日（基本時間） 21：00～ 6：00

4. 職員の配置状況及び勤務体制について

当事業所では、利用者様に対して指定小規模多機能型居宅介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置（指定基準遵守）しています。

職員の職種	常 勤	指定基準	職務内容
管理者	1名	1名	事業内容の調整
介護支援専門員	1名	1名	サービスの調整、相談業務
看護職員	1名	1名	健康チェック等の医療業務
介護職員	5名以上	5名	日常生活の介護、相談業務

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制	
管理者	勤務時間	8：00～17：00
介護支援専門員	勤務時間	8：00～17：00
看護職員	勤務時間	8：00～17：00
介護職員	早 出	7：00～16：00
	日 勤	8：00～17：00
	遅 出	10：30～19：30
	夜 勤	16：00～ 9：00
	宿 直	20：00～ 7：00

5. 提供するサービスの内容と利用料金について

当事業所では、利用者様に対して以下のサービスを提供致します。

(1) 介護保険の給付対象となるサービス → (かかった費用の一部を負担いただきます。)

<サービスの内容>

◎通いサービス

- ・事業所のサービス拠点において、食事や入浴、排泄等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。

①食事

- ・食事の提供及び食事の介助をします。
- ・食事サービスの利用は任意です。

②入浴

- ・入浴又は清拭を行います。
- ・衣類の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身の介助を行います。
- ・入浴サービスの利用は任意です。

③排泄

- ・利用者様の状況に応じ適切な介護を行い、排泄の自立についても適切な援助を行います。

④機能訓練

- ・利用者様の状況に応じた機能訓練を行い、身体機能低下を防止するよう努めます。

⑤健康チェック

- ・血圧測定等、利用者様の全身状態の把握を行います。

⑥送迎サービス

- ・利用者様の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

◎訪問サービス

- ・利用者様のご自宅にお伺いし、食事や入浴、排泄等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。
- ・訪問サービス実施のための必要な備品等（水道、ガス、電気）は無償で使用させて頂きます。
- ・訪問サービスの提供にあたって、次に該当する行為は致しません。

①医療行為

②利用者様もしくはそのご家族等からの金銭又は高価な物品の授受

③飲酒及び利用者様もしくはそのご家族等の同意なしに行う喫煙

④利用者様もしくはそのご家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動

⑤その他、利用者様もしくはご家族等に行う迷惑行為

◎宿泊サービス

- ・事業所に宿泊していただき、食事、入浴、排泄等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。

<サービス利用料金>

◎ 通い、訪問、宿泊（介護費用分）すべてを含んだ1ヶ月単位の費用額

利用料金は1ヶ月ごとの包括費用（定額）です。下記の料金表によって、利用者様の要支援及び要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険負担割合証に記載の負担割合額をお支払い下さい。

(1) 同一建物に居住されていない方

	要介護度別 利用料金	要支援 1 34,500 円	要支援 2 69,720 円	要介護 1 104,580 円	要介護 2 153,700 円	要介護 3 223,590 円	要介護 4 246,770 円	要介護 5 272,090 円
個人 負担額	1 割負担	3,450 円	6,972 円	10,458 円	15,370 円	22,359 円	24,677 円	27,209 円
	2 割負担	6,900 円	13,944 円	20,916 円	30,740 円	44,718 円	49,354 円	54,418 円
	3 割負担	10,350 円	20,916 円	31,374 円	46,110 円	67,077 円	74,031 円	81,627 円

(2) 同一建物に居住されている方（サービス付き高齢者向け住宅等にお住まいの方）

	要介護度別 利用料金	要支援 1 31,090 円	要支援 2 62,810 円	要介護 1 94,230 円	要介護 2 13,849 円	要介護 3 201,440 円	要介護 4 222,330 円	要介護 5 245,160 円
個人 負担額	1 割負担	3,109 円	6,281 円	9,423 円	13,849 円	20,144 円	22,233 円	24,516 円
	2 割負担	6,218 円	12,562 円	18,849 円	27,698 円	40,288 円	44,466 円	49,032 円
	3 割負担	9,327 円	18,843 円	28,269 円	41,547 円	60,432 円	66,699 円	73,548 円

- * 月ごとの包括料金のため、利用者様の体調不良や身体状況の変化等により小規模多機能型居宅介護計画に定めた期日より利用が少なかった場合や、多かった場合でも、日割りで割引及び増額は致しません。
- * 月の途中から登録した場合及び月の途中で登録を終了した場合には、その期間に応じて日割りした利用料金をお支払いいただきます。
（登録日：契約締結日ではなくサービスを開始した日）
- * 利用者様が要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護認定後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。（償還払い）この場合、保険給付の申請を行うための「サービス提供証明書」を交付致します。
- * 介護保険の給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて利用者様の負担額を変更致します。

◎ その他の加算

①初期加算 ・ 利用開始から30日間 1日あたり 300円

- * 初期加算は30日を超える入院後に再利用した場合にも再度加算されます。

②認知症加算 I ・ 認知症自立度Ⅲ以上 1ヶ月あたり 9,200円
 認知症加算 II ・ 認知症自立度Ⅲ以上 1ヶ月あたり 8,900円
 認知症加算 III ・ 認知症自立度Ⅲ以上 1ヶ月あたり 7,600円
 認知症加算 IV ・ 要介護度2で認知症自立度Ⅱ 1ヶ月あたり 4,600円

- * Iは介護職員、看護職員ごとの研修計画を作成し実施します。
- * I・IIは認知症介護実践リーダー研修修了者の配置が必要となります。
- * 認知症加算は対象者のみ算定します。

③サービス提供体制強化加算 I 1ヶ月あたり 7,500円

- ・介護福祉士の占める割合が70%以上

サービス提供体制強化加算 II 1ヶ月あたり 6,400円

- ・介護福祉士の占める割合が50%以上

サービス提供体制強化加算 III 1ヶ月あたり 3,500円

- ・介護福祉士の占める割合が40%以上
- ・常勤職員の占める割合が60%以上

- * I、II、IIIの内どれかを算定し、重複しての算定は致しません。

④看護職員配置加算 I 1ヶ月あたり 9,000円

- ・常勤の看護師を1名以上配置

看護職員配置加算 II 1ヶ月あたり 7,000円

- ・常勤の准看護師を1名以上配置

看護職員配置加算 III 1ヶ月あたり 4,800円

- ・看護職員を常勤換算方法で1名以上

- * I、II、IIIのどれかを算定し、重複しての算定は致しません。

⑤訪問体制強化加算 1ヶ月あたり 10,000円

- ・登録者の居宅における生活を継続するための提供体制を強化した場合

⑥総合マネジメント体制強化加算 I 1ヶ月あたり 12,000円

- * (算定要件を満たした場合)

総合マネジメント体制強化加算 II 1ヶ月あたり 8,000円

- ・登録者が住み慣れた地域での生活を継続できるよう、地域住民との交流や地域活動へ参加します。

- * I・IIどちらかを算定し、重複しての算定は致しません。

⑦介護職員処遇改善加算 (I)

①～⑥により算定された月額のご利用者負担額の 14.6%

- ・介護職員の処遇を改善することにより、利用者様のケアの質の向上を図ります。

※サービス提供加算及び介護職員処遇改善加算は全利用者様対象となります。

※看護職員配置加算は要介護1～要介護5の方が対象となります。

※各加算の個人負担額も介護サービス費同様に、各利用者の介護保険負担割合証に記載の負担割合となります。

(2) 介護保険の給付対象外のサービス → (かかった費用の全額を負担いただきます。)

<サービスの内容>

◎食事の提供 (食事代)

- ・当事業所では、栄養士の立てる献立表により栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

料金 : 朝食 360円 昼食 560円 夕食 610円

◎宿泊に要する費用

- ・利用者様に提供する宿泊に要する費用

料金 : 1泊につき 1,500円

◎おむつ等

料金 : おむつ代及びパット代は実費をご負担いただきます。

◎レクリエーション、クラブ活動

- ・利用者様の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加することができます。

料金 : 材料代等の実費をご負担いただきます。

◎複写物の交付

- ・利用者様及びご家族は、サービスの提供について記録を閲覧できますが、複写物を必要とする場合は交付致します。

◎通常の実施地域以外の利用者様に対する送迎費用及び交通費

料金 : 1kmにつき100円

- * 経済状況の著しい変化、その他やむを得ない理由がある場合、相当な額に変更する場合があります。その場合には、事前に変更の内容と変更する理由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記5 (1)、(2) の料金及び費用は1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

(1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

ア 窓口での現金支払い
イ 下記指定口座への振込み
十八親和銀行 佐世保中央支店 普通預金 No. 307244
(口座名) 株式会社 メディカルライフサポート代表取締役 肥 後 美 樹 子

(4) 利用の中止、変更、追加

- ◎利用予定日の前に、利用者様の都合により、小規模多機能型居宅介護サービスの利用を中止、変更、新たなサービスを追加することができます。この場合には、原則としてサービス実施日の前日までに申し出てください。

◎サービス利用の追加、変更の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者様の希望する日にサービスが提供できない場合は、利用可能日を提示し協議致します。

◎サービスを休まれる場合のキャンセル料は頂きません。

(5) 小規模多機能型居宅介護計画について

小規模多機能型居宅介護サービスは、利用者様一人ひとりの人格を尊重し、住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者様の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通い、訪問、宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、地域での暮らしを支援するものです。

事業者は、利用者様と協議の上、小規模多機能型居宅介護計画を定め、またその実施状況を評価します。その内容は書面にて説明し、利用者様に交付致します。

6. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。尚、職員に直接苦情を申し出ることでもあります。

・ 苦情受付窓口（担当者）	職名 管理者	松 原 祐 樹
・ 受付時間	8 : 00 ~ 17 : 00	
・ 受付電話番号	0956-59-6180	

(2) 苦情解決責任者	職名 管理者	松 原 祐 樹
-------------	--------	---------

(3) 行政機関その他苦情受付機関

佐世保市役所 介護保健総合相談窓口	所在地 : 佐世保市八幡町1-10
	電話番号 : 0956-24-1111
	受付時間 : 9:00~17:00 (月~金)
長崎県国保連合会 介護サービス苦情申立相談窓口	所在地 : 長崎市今博多町8-2
	電話番号 : 095-826-1599
	受付時間 : 9:00~17:00 (月~金)

第三者委員

〔氏名〕 矢 島 百 合	〔職名〕 吉岡地区民生委員
〔住所〕 佐世保市吉岡町 55-96	〔電話〕 0956-40-7053
〔氏名〕 萩山 義人	〔職名〕 中里皆瀬地区民生委員
〔住所〕 佐世保市牧の地町 1034	〔電話〕 0956-40-9016

* 第三者委員にも直接苦情を受け付けることができます。更に苦情解決を円滑に行うために、双方への助言や話し合いへの立会いなども致します

(4) 苦情解決の手段

①利用者への周知

- ・事業所内への苦情受付の掲示、パンフレットの配布等により、苦情解決責任者は利用者に対して苦情解決責任者、苦情受付担当者の仕組みについて周知します。

②苦情の受け付け

- ・苦情受付担当者は、利用者等から苦情を随時受け付けます。
- ・苦情受付担当者は、利用者等からの苦情受付に際し、次の事項を書面に記載し、その内容について苦情申し出人に確認します。

ア 苦情内容

イ 苦情申し出人の希望

ウ 苦情申し出人と苦情解決責任者との話し合いによる解決

③苦情受付の報告、確認

- ・苦情受付担当者は、受け付けた苦情はすべて苦情解決責任者に報告します。

④苦情解決に向けての話し合い

- ・苦情解決責任者は苦情申し出人との話し合いによる解決に努めます。

⑤苦情解決結果の記録、報告

- ・苦情解決や改善を重ねることにより、サービスの質が高まり、運営の適正化が確保され、これらを実効あるものとするため、記録と報告を積み重ねるようにします。

⑥苦情結果の公表

- ・利用者によるサービスの選択や事業者によるサービスの質や信頼性の向上を図るため個人情報に関するものを除き「事業報告者」や「広報誌」等実績を掲載し公表します。

7. 運営推進会議の設置

当事業所では、小規模多機能型居宅介護計の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容についての評価、要望、助言等を受けるため次のとおり運営推進会議を設置しています。

『運営推進会議』

- ・構成 : 利用者様、利用者様のご家族、地域住民代表、市町村職員又は地域包括支援センター職員、小規模多機能型居宅介護について知見を有する者等
- ・開催 : 隔月開催
- ・議事録 : 会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成

8. 協力医療機関、バックアップ施設

当事業所では、各利用者様の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変時に備えて以下の医療機関を協力医療機関として連携体制を整備しています。

【協力医療機関・バックアップ施設】

医療法人 愛健会 愛健医院	所在地 : 長崎県佐世保市上本山町 1059 番地 電話番号 : 0956-40-8488
特別養護老人ホーム たけんの	所在地 : 長崎県佐世保市岳野町 107 番地 1 電話番号 : 0956-49-2020

9. 事故発生時の対応について

(1) 事故発生時

①利用者様への対応

- ・利用者様が事故により、身体に障害を発生している場合は、治療、生命維持のための可能な限りの応急処置をとります。

②利用者様のご家族への連絡

- ・説明は責任者が行い、速やかに事実を伝えます。

③事故状況の把握

- ・事故の正確な把握をし、概要をできるだけ迅速に、事故報告に記載します。
- ・報告書は、簡潔かつ要点をまとめて記載し報告します。

④関係各機関への届出報告

- ・事故の程度、状況に応じて関係機関へ報告します。

(2) 解決へ向けて

①利用者様のご家族への対応

- ・事業所として、事故原因等を調査し明確にした上で、適切な対応を図ります。

②責任問題については、迅速かつ誠実に対応します。

10. 非常災害対策について

(1) 防火管理者

管理者 松原 祐樹

(2) 非常災害時の対応

消防法に基づく防災管理規程及び風水害対策マニュアルにより、速やかに対応します。

(3) 防災設備

消火器具 自動火災報知設備 スプリンクラー設備 火災通報装置
誘導灯及び誘導標識

(4) 防災、消防及び避難訓練

防災管理規程に基づき実施します。

(5) 地域との連携

火災や地震等による災害が発生した場合は、被災者の救護活動を重点として、相互に協力し合い被害を最小限にするために地域との連携を図ります。

1 1. 感染対策の強化について

事業所において感染症が発症し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- (1) 訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所における感染等の予防及び肝炎防止のための対策を検討する委員会をおおむね3月に1回以上開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底していきます。
- (3) 事業所における感染防止等の予防及び何円防止のための指針を整備しています。
- (4) 従業員に対し、症感染等の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

1 2. 業務継続計画（BCP）について

当事業所では感染症や自然災害が発生した場合であっても、介護サービスが安定的・継続的に提供される業務継続計画（BCP）を策定し、必要な研修及び訓練を定期的開催するなどの措置を講じます。

1 3. 高齢者虐待防止について

当事業所では、高齢者が人間としての誇りをいつまでも持ち続ける社会の確立を目標に、多くの人々の連携、支援を得ながら高齢者の人権擁護に努めます。高齢者虐待防止に関する指針のもと管理者が「高齢者虐待防止」を決意し、施設全体で高齢者虐待防止に向けて現場をバックアップする体制を整えます。

* 高齢者防止についての指針については当施設の事務所に常設する。

1 4. 身体拘束適正化について

当事業所では、利用者の尊厳と主体性を尊重し、拘束を安易に正当化することなく、職員一人ひとりが身体的・精神的弊害を理解し身体拘束に向けた意識を持ち、身体拘束をしないケアを努めます。

身体拘束適正化のための指針のもと、管理者が「身体拘束適正化」を決意し、全部門をカバーする、身体拘束適正化委員会を設置し、施設全体で現場をバックアップする体制を整えます。

* 身体拘束適正化の為の指針については当施設の事務所に常設する。

1 5. サービス利用にあたっての留意事項

- (1) サービス利用の際には、介護保険被保険者証をご提示ください。
- (2) 事業所内の設備や器具は、本来の用法に従ってご利用ください。これに反して破損等が生じた場合は、弁償していただく場合があります。
- (3) 他の利用者様の迷惑になる行為は、ご遠慮ください。
- (4) 所持金は、自己の責任で管理してください。
- (5) 事業所内での他の利用者様に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

令和 年 月 日

殿

小規模多機能型居宅介護事業所及び
介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の
契約書及び重要事項説明について

介護保険の施行に際し、令和 年 月 日に小規模多機能型居宅介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護サービスについて、本書面に基づき重要事項及び契約書の説明を行い、交付致しました。

事業所 : 住 所 長崎県佐世保市牧の地町 1490-1
事業所名 小規模多機能ホーム のどか
法人名 株式会社 メディカルライフサポート
代表者 代表取締役 肥 後 美 樹 子

小規模多機能ホーム のどか

説明者 : 職名 _____
氏名 _____

私は、小規模多機能ホームのどかの利用についての本書面に基づいて重要事項及び契約書の説明を受け、利用者〔 _____ 〕が小規模多機能型居宅介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護サービスの提供を受けることに同意し、交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者 : 住所 _____
氏名 _____

同席者 : 住所 _____
(利用者との関係 _____)
氏名 _____

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、契約者、事業者が署名又は記名捺印のうえ、各1通を保有するものとします。